



ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
DIVISION OF CHILD SUPPORT ENFORCEMENT
(602) 252-4045 P.O. BOX 40458 PHOENIX, ARIZONA 85067

Janet Napolitano
Governor

Tracy L. Wareing
Director

Número de case ATLAS
Número de caso del tribunal
Nombre del Padre quien tiene la custodia (CP)
Nombre del Padre quien no tiene la custodia (NCP)

AFIDÁVIT DEL RECIBO DE PAGOS DIRECTOS

Mi nombre es y yo soy el padre/la persona con la custodia en el caso ATLAS
Padre/ Persona con la custodia
número y en el caso de Tribunal número archivado en el Tribunal Superior
del Condado de, in del Estado de. Conforme a la orden
del Tribunal para sustento para menores registrada en mi caso, queda obligado
Nombre del padre con la obligación
a pagarme el sustento de menores.

Yo estoy voluntariamente llenando este Afidávit del Recibo de Pagos Directos, y no bajo coacción ni de resultas de
que me obligaron a la fuerza ni porque me han amenazado. Yo también entiendo que una vez que firme y notarice
el Afidávit del Recibo de Pagos Directos y se le haga entregado a la División de Sustento para Menores (DCSE),
SERA IRREVOCABLE yo no puedo cambiar de parecer.

Yo entiendo que la DCSE y sus agentes no me representan en este asunto y que antes de llevar a cabo el Afidávit
del Recibo de Pagos Directos, yo puedo consultar con un abogado y yo estoy consiente que se me ha dado la
oportunidad de consultar con un abogado antes de firmar este Afidávit del Recibo del Pagos Directos.

Yo, por la presente, juro y afirmo que el expediente adjunto refleja correctamente
Nombre del Obligante
los pagos que me dio directamente el padre quien tiene la obligación, y NO POR MEDIO DEL CENTRO
DISTRIBUIDOR. Yo por este medio le doy crédito al padre quien tiene la obligación por los pagos de sustento para
menores que se me hicieron directamente por una cantidad total de \$ por el periodo de
hasta.

Firma del padre / persona con la custodia

Firma del padre con la obligación

Affirmed before me on / Se afirma ante de mi el:

Affirmed before me on / Se afirma ante de mi el:

Date / Fecha

Date / Fecha

Deputy Clerk of Court or Notary Public
Secretario deputado del tribunal o notario público

Deputy Clerk of Court or Notary Public
Secretario deputado del tribunal o notario público

My commission expires / seal:

My commission expires / seal:

AFIDÁVIT DEL RECIBO DE PAGOS DIRECTOS

PAGOS DIRECTOS POR AÑO:

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

AÑO _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

YEAR _____
Enero _____
Febrero _____
Marzo _____
Abril _____
Mayo _____
Junio _____
Julio _____
Agosto _____
Septiembre _____
Octubre _____
Noviembre _____
Diciembre _____
TOTAL _____

INSTRUCCIONES PARA EL AFIDÁVIT DEL RECIBO DE PAGOS DIRECTOS

El Padre Custodial (Obligante) de un caso de sustento para menores debe de llenar el *Afidávit del Recibo de Pagos Directos* cuando él o ella ha recibido pagos directamente del Padre No Custodial (Obligado) en su caso.

El llenar y enviar el *Afidávit del Recibo de Pagos Directos* ayuda a la División de Sustento para Menores (DCSE) a mantener balances precisos de dinero debido al Padre Custodial/Obligante.

En la página segunda del formulario, el Padre Custodial/Obligante debe anotar la cantidad de pagos de sustento que se hubo recibido directamente del Padre No Custodial/Obligado en el mes y año recibido.

Se debe firmar este formulario ante de un notario público por ambos el Padre Custodial/Obligante y el Padre No Custodial/Obligado.

El Afidávit del Recibo de Pagos Directos es una declaración jurada por el Padre Custodial/Obligante que el formulario fue llenado voluntariamente, y que las cantidades anotadas en el formulario son precisas.

ADVERTENCIA

Es de suma importancia que usted no informar de pagos efectuados a usted mediante el Centro Distribuidor o el Secretario del Tribunal en este Afidávit. Hacerlo puede dar como resultado abonar el mismo pago dos veces. Si tiene usted algún dudo, quizá usted quiera obtener una copia de la historia oficial de pagos en su caso antes de llenar esta Afidávit.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese a la División de Sustento para Menores al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.